

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Février 1901, à 1 heure

Par MAURICE PETIT

Né à Joigny (Yonne), le 6 décembre 1874.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique 1899.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes Thyro-hyoïdiens Médiants

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. BROCA Aug., professeur.

SÉBILEAU et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Février 1901, à 1 heure

Par MAURICE PETIT

Né à Joigny (Yonne), le 6 décembre 1874.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique 1899.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

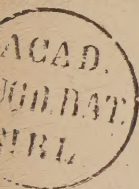
DES

Kystes Thyro-hyôïdiens Médiâns

Président : M. TILLAUD, professeur.

Juges : MM. BROCA Aug., professeur.

SÉBILEAU et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M.	BROUARDEL
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHET.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....			DEBOVE.
Anatomie pathologique.....			LANNELONGUE.
Histologie.....			CORNIL.
Opérations et appareils.....			MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....			BERGER.
Thérapeutique.....			POUCHET.
Hygiène.....			LANDOUZY.
Médecine légale.....			PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....			BRISAUD
			CHANTEMESSE.
			N.
Clinique médicale.....			JACCOUD.
			HAYEM.
			DIEULAFOY
			GRANCHER.
Maladies des enfants.....			JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....			TERRIER.
			DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....			LEDENTU
			TILIAUX.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GUYON.
Clinique d'accouchement.....			BUDIN.
			PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HELM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chief des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR CHAUFFARD

Professeur agrégé (Benévole, 1895).

M. LE PROFESSEUR HANOT

(Benévole, 1896).

M. LE PROFESSEUR JACCOUD

(Externe, 1897).

M. LE DOCTEUR THIROLOIX

Professeur agrégé (Externe, 1897).

M. LE DOCTEUR RECLUS

Professeur agrégé (Externe, 1898).

M. LE DOCTEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur agrégé (Externe, 1898).

M. LE DOCTEUR DELPEUCH

(Externe, 1899).

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Externe, 1900).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Charité,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Les kystes thyro-hyoïdiens sont particulièrement intéressants, tant au point de vue de leur fréquence, qu'à cause des différentes théories pathogéniques qui ont été soutenues par les auteurs.

Nombreuses en effet furent les différentes interprétations qui essayèrent d'expliquer la production de ces kystes et depuis Boyer jusqu'à Broca toutes les explications possibles furent données.

Actuellement, cependant, les connaissances plus étendues que nous avons de l'embryologie nous permettent de voir plus clairement la pathogénie de ces kystes et c'est ce que nous nous efforcerons de montrer dans ce travail.

Et à propos de trois observations de kystes thyro-hyoïdiens que nous avons pu recueillir récemment nous passerons en revue l'histoire de ces kystes ; nous étudierons soigneusement leur pathogénie et nous tâcherons de montrer qu'il est possible de réserver la théorie de l'enclavement aux kystes dermoïdes tandis que la persistance du canal thyro-hyoïdien permet d'expliquer les kystes mucoïdes.

Puis nous passerons en revue les différents symp-

tômes auxquels donnent lieu la présence de ces tumeurs ; de l'étude soignée des symptômes découlera le diagnostic qui est en effet facile pour quiconque pense à l'existence de ces néoplasmes.

Nous finirons ce travail par l'étude du traitement et nous montrerons qu'il n'en est qu'un possible, l'extirpation totale de la tumeur, extirpation entourée souvent des plus grandes difficultés.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude des kystes thyroïdiens date du commencement de ce siècle.

C'est Boyer qui en 1831 dans son *Traité des Maladies chirurgicales* (t. VII) étudie le premier sérieusement ces tumeurs.

Il insiste surtout sur les fistules interminables consécutives à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces kystes.

Dupuytren, dans la *Gazette des hôpitaux* (t. VI, 26 juillet 1831) démontre l'extirpation parfaitement praticable de ces kystes.

Mais les premières théories pathogéniques ne commencent qu'avec Malgaigne (1859) (1) qui décrit une bourse séreuse entre la membrane thyro-hyoïdienne et le muscle thyro-hyoïdien et considère ces kystes comme des hygromas.

Nélaton (2) (1854) en fait une dilatation kystique des follicules sous-muqueux de la région épiglottique.

Broca (3) en 1869 applique à ces kystes la théorie pa-

(1) *Traité d'anat. chirurgicale*, t. II, p. 131, 1859.

(2) *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1854, t. III.

(3) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 79, notes 1 et 2, 1869.

thogénique de l'enclavement épithélial émise par Verneuil en 1852, et après lui tous les auteurs admettent sans réserve cette théorie.

Lannelongue et Achard, en 1886 dans leur important *Traité des kystes congénitaux* insistent sur une variété spéciale de ces kystes à épithélium cylindrique et les décrivent sous le nom de kystes mucoïdes.

Cependant après les travaux embryologiques de His qui démontre que les fentes branchiales n'existent pas sur la ligne médiane du cou, la théorie de l'enclavement est abandonnée et on reprend les idées de Bochdalek qui, en 1866, à propos d'un kyste du plancher de la bouche, avait émis l'hypothèse que les grenouillettes de la base de la langue résultaient d'une ectasie du canal qui porte son nom.

Neuann en 1877, Verchère et Denucé en 1885 sont en France les propagateurs de cette théorie pathogénique et certains auteurs comme Bland-Sutton et Streckelsen veulent l'appliquer à tous les kystes médians de la langue et du cou.

C'est alors que Lannelongue (1) en 1891, tout en admettant cette pathogénie, s'élève contre cette tendance, certains kystes mucoïdes reconnaîtraient en effet pour lui une origine thyro-linguale. La même année M. A. Broca dans le *Traité de chirurgie* de Du-play et Reclus écrit : « Il est bien certain que le canal de Bochdalek n'a rien à voir avec les kystes dermoïdes de la pointe de la langue et du plancher buccal. Mais

(1) *Affections congénitales*, t. 1, 1891.

je crois que l'on doit l'invoquer pour expliquer les kystes et les fistules médians et mucoïdes de la base de la langue et de la région thyro-hyoïdienne.»

En 1894, Mademoiselle Sulicka sous l'inspiration de A. Broca publie sa thèse : *Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou.*

La même année Denucé dans une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux attribue une origine thyro-linguale à tous les kystes congénitaux revêtus d'un épithélium cilié qu'ils soient linguaux, sus et sous-hyoïdiens.

Il inspire deux thèses, l'une de Martin : *Des kystes du canal thyro-lingual*, Paris, 1895, l'autre de A. Chemin : *Contribution à l'étude des restes, chez l'adulte, de l'ébauche thyroïdienne*, Bordeaux, 1895. C'est un des plus importants travaux parus sur ce sujet.

Enfin, M. André Roques dans sa thèse *Contribution à l'étude des kystes congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien*, Montpellier 1898, étudie les kystes dermoïdes et mucoïdes et tandis qu'il admet l'origine thyroïdienne pour les kystes mucoïdes, il semble réserver l'origine branchiale aux kystes dermoïdes.

Mais tous les auteurs, jusqu'à présent, n'ont pas bien montré le mode d'inclusion de l'épithélium et c'est ce sur quoi nous insisterons le plus.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes thyro-hyoïdiens se développent profondément sur la membrane thyro-hyoïdienne; ils sont étroitement bridés en arrière par cette lame tendue et résistante qu'ils ne refoulent jamais. En haut, ils sont arrêtés par la face inférieure de l'os hyoïde, large de près d'un centimètre. En avant, ils peuvent s'accroître librement en passant dans l'interstice des thyro-hyoïdiens pour refouler ensuite les muscles cleido-hyoïdiens qui se rejoignent sur la ligne médiane. Sous la peau cheminent à ce niveau des veines dépendant du système jugulaire antérieur.

Dans l'immense majorité des cas, ces tumeurs se développent sur la ligne médiane; cependant Cerne a opéré un kyste latéral.

Au début, le kyste forme une masse régulière et arrondie, bientôt il s'aplatit et ne tarde pas à déborder l'os hyoïde dont il contourne le bord inférieur. Puis il s'étale sous la peau. Rarement il descend sur le cartilage thyroïde; presque toujours il remonte sur la face antérieure de mylo-hyoïdien et Pierre Delbet pense que c'est là un effet de la mastication. Les connexions de la tumeur avec les plans superficiels et les plans profonds sont très intimes.

En avant, sous la peau, on trouve des fibres musculaires extrêmement tendues et amincies ; ce sont les fibres des cleido-hyoïdiens soulevés d'abord, puis portés en avant par le kyste qui s'accroît.

En arrière, le plus souvent, on trouve des adhérences avec les plans profonds soit avec la membrane thyro-hyoïdienne, soit avec le bord supérieur du cartilage thyroïde. Mais de toutes ces adhérences, les plus intimes, les plus résistantes, les plus constantes, celles qui gênent le plus le chirurgien sont sans contredit, les adhérences que la tumeur contracte avec l'os hyoïde, au niveau de sa face postérieure.

Dans l'observation I, le chirurgien est obligé de « râcler l'os ».

Dans l'observation II, la tumeur est « intimement confondue avec le périoste de l'os hyoïde. »

Plus loin, dans l'observation III, nous voyons que M. Panas, après incision de la tumeur, essaye d'arracher la poche kystique sans pouvoir y arriver.

De même dans les observations VII, VIII et X.

Mais ces adhérences hyoïdiennes ne sont pas les seules difficultés que rencontre le chirurgien. Souvent, en effet, et particulièrement dans les kystes mucoïdes, l'opérateur se trouve en présence de tumeurs doublement pédiculées. Ces pédicules, attestant par leur présence l'origine même du néoplasme se dirigent, l'un en haut, derrière l'os hyoïde, vers le *foramen cæcum* ; l'autre, inférieur, se continue avec la pyramide de Lalouette ; c'est ce que nous voyons dans les

observations V et VI où le kyste ne présente qu'un pédicule supérieur.

Mais il a deux pédicules dans l'observation IX. Enfin les observations XI et XII sont celles de tumeurs à pédicule supérieur.

En dehors de ces adhérences hyoïdiennes et de ces prolongements supérieur et inférieur, le kyste est entouré d'une capsule tant qu'il n'est pas infecté. Cependant Pierre Delbet a opéré un de ces kystes adhérent au cleido-hyoïdien gauche.

La tumeur en général ne dépasse pas le volume d'une noix ou d'une petite pomme. Celle qu'opéra M. Picqué peut être considérée comme exceptionnelle; elle avait le volume d'une grosse mandarine.

Le contenu de ces kystes varie avec la nature de la paroi.

Variétés. — Il y a deux grandes variétés de kystes thyro-hyoïdiens: les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes.

Nous verrons si à côté de ces cas normaux fréquents on peut observer dans la région, et à titre d'anomalie, des kystes d'une autre nature.

Kystes dermoïdes. — La paroi des kystes dermoïdes est une membrane blanchâtre, relativement épaisse et résistante; elle peut atteindre et même dépasser deux millimètres d'épaisseur. Elle présente au point de vue histologique les caractères généraux du tégument externe; on trouve en allant de dehors en dedans un derme souvent doublé dans sa profondeur d'un pannicule graisseux, et un revêtement épithélial formé de

cellules *pavimenteuses stratifiées* qui subissent l'évolution de l'épiderme.

Le derme présente sa structure normale. On n'y trouve pas, en général, de papilles ; cependant leur présence a été signalée dans une observation de Petel et Duménil.

Les glandes sébacées, annexées ou non à des follicules pileux, sont moins rares. Des poils sont implantés dans la paroi et n'existent qu'en des points très limités. Ce n'est que par exception qu'on a rencontré des glandes sudoripares.

L'épiderme est pavimenteux, stratifié et pourvu quelquefois d'une couche cornée et d'un *stratum granulosum* avec grains d'éléidine. Dans la plupart des cas la couche cornée épithéliale est en partie desquamée et se continue sans ligne de démarcation précise avec les cellules qui forment le contenu sébacé de la poche kystique.

Le contenu est une matière sébacée, d'aspect blanchâtre ou grisâtre ; on l'a comparé à de la substance cérébrale, à de la purée de chataigne, à de la glace au café, à du mastic de vitrier.

Cette masse est composée de graisse libre, de cristaux de cholestérine, de débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse.

Dans la moitié des cas environ, on a rencontré des poils mélangés avec la matière sébacée. Ils sont plus ou moins nombreux, tantôt fins et courts tantôt longs de plusieurs centimètres.

On n'y a jamais trouvé d'os ni de dents comme dans un certain nombre de kystes dermoïdes des autres régions.

Kystes mucoïdes. — Ces kystes sont en général moins tendus que les kystes dermoïdes ; ils sont plus régulièrement sphériques. Leur paroi est mince et transparente ce qui leur donne une couleur blanchâtre ; nous avons vu qu'ils pouvaient présenter deux pédicules.

Au point de vue histologique ces kystes présentent à étudier : 1° Une paroi ; 2° Un contenu. La paroi est le plus souvent résistante quoique mince ; la face externe est lisse et peu adhérente aux parties voisines ; la face interne présente des sinuosités, des diverticules plus ou moins nombreux.

Sur la coupe on trouve en allant de dehors en dedans :

- 1° Du tissu connectif ou élastique ;
- 2° Un épithélium formé de cellules petites et transparentes ; ces cellules possèdent un noyau assez petit mais parfaitement net. De forme allongée, elles présentent une petite extrémité tournée du côté de la paroi et une grosse en forme de plateau strié, regardant la cavité du kyste.

On distingue très fréquemment à la surface libre de ces cellules, des cils vibratiles ; — mais ces derniers peuvent manquer. — Dans tous les cas on retrouve toujours dans cette couche interne les caractères d'une muqueuse.

Le contenu de ces kystes, est variable. Le plus

souvent visqueux, filant, analogue à du blanc d'œuf, il est parfois de consistance huileuse. Il peut être également mélangé à une plus ou moins grande quantité de sang et sa couleur s'en trouve modifiée. La quantité est en raison directe du volume du kyste. Les éléments figurés qui flottent dans ce liquide sont des plus variés — on y trouve des cellules cylindriques avec ou sans cils vibratiles, des leucocytes, quelques hématies, des cristaux de cholestérine et des granulations amorphes. Lorsque le kyste a suppuré on y rencontre également les microbes ordinaires de la suppuration.

Variétés rares. — A titre d'anomalie rappelons qu'il peut exister dans la région thyro-hyoïdienne des kystes d'une autre nature.

A. — *Hygroma thyro-hyoïdien.* — Au milieu du siècle sous l'influence des idées de Boyer on ne reconnaissait dans la région thyro-hyoïdienne que des kystes séreux développés dans la bourse thyro-hyoïdienne. Puis il se fit une réaction contre cette conception toute théorique ; on arriva à douter de l'existence même de ces hygromas.

Cependant, a priori, il semble que l'on aurait tort de refuser à la bourse thyro-hyoïdienne la possibilité de réagir comme toutes les bourses séreuses ; ces hygromas sont sans doute très rares ; cependant nous avons eu l'occasion d'en observer un dans le service de Reclus en 1897 (Observation XIV).

B. — *Kystes séreux congénitaux ; lymphangiomes kystiques.* — On pourrait encore observer dans la

région des kystes congénitaux analogues à ceux qui sont si fréquents dans les parties latérales du cou : nous ne croyons pas qu'on ait rapporté de ces tumeurs isolées, mais il existe souvent des prolongements thyro-hyoïdiens des kystes séreux congénitaux latéraux.

Enfin il faut penser que ici, comme partout on peut observer des kystes hydatiques ; nous n'en connaissons pas d'observation mais il en existera certainement un jour. Vitrac vient d'attirer l'attention sur les kystes hydatiques du corps thyroïde et récemment M. Legueu a extirpé un kyste hydatique latéral du cou.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Laissant de côté dans ce chapitre les variétés rares nous ne nous occuperons que de la pathogénie des kystes dermoïdes et mucoïdes.

Actuellement l'histologie des kystes thyro-hyoïdiens est très bien connue ; d'un autre côté l'embryologie de la région est des plus claires ; il semble que la question des kystes thyro-hyoïdiens soit très près d'être close et toutes les théories pathogéniques émises n'auront bientôt plus qu'un intérêt historique.

Nous passerons rapidement en revue les premières théories connues pour nous arrêter longuement sur la théorie des débris embryonnaires qui est aujourd'hui définitivement acceptée.

Théorie de Boyer. — Boyer qui le premier, en 1831, étudie sérieusement les kystes thyro-hyoïdiens est surtout frappé par les fistules interminables qui suivent l'incision de ces kystes ; mais il en explique ainsi la raison :

« Pour que, dit-il, des parties couvertes de bourgeons charnus et de suppurations se réunissent, il faut qu'elles se touchent immédiatement ; or, la chose est impossible ici : de quelque manière qu'on s'y prenne,

il restera toujours un intervalle entre la partie du foyer qui correspond au muscle thyro-hyoïdien et la partie postérieure qui repose sur la membrane thyro-hyoïdienne. »

Cette conception ne peut pas soutenir un examen, car il est toujours facile d'accoler les parois de ces cavités par des points de suture ; or, par cette méthode on n'arrivera jamais à guérir un kyste thyro-hyoïdien ou une fistule, pas plus qu'on n'arriverait à transformer l'intestin en un cordon fibreux en faisant une ligature ; ce n'est pas l'absence de coalescence des parois qui entraîne la fistule ; c'est la structure de ces parois.

Théorie de Nélaton. — Nélaton en 1854, ayant observé que certaines fistules consécutives à l'ouverture de ces kystes s'étendaient jusqu'à la base de l'épiglotte en donne ainsi l'explication pathogénique : « Les recherches que nous avons faites sur ce point, et d'un autre côté la nature du liquide qui est muqueux plutôt que séreux, la prolongation de la fistule jusque sous la base de la langue, nous porteraient plutôt à croire qu'il s'agit dans ce cas d'un kyste formé par l'ampliation d'un follicule sous muqueux. » Et il propose de donner à ces kystes le nom de grenouillette sous-hyoïdienne.

Cette théorie semble invraisemblable ; une tumeur kystique siégeant dans les glandes épiglottiques se développerait plutôt du côté de la base de la langue.

Théorie de Malgaigne. — Malgaigne, en 1854, décrit une bourse séreuse entre le muscle thyro-hyoïdien

en avant, la membrane thyro-hyoïdienne en arrière la face inférieure de l'os hyoïde en haut et regarde les kystes thyro-hyoïdiens comme des hygromas de cette bourse.

L'examen histologique des tumeurs de cette région, nous montre que cette théorie ne peut être admise pour les kystes dermoïdes et mucoïdes. Cependant nous avons observé un cas d'hygroma de la bourse décrite par Malgaigne.

Théorie des débris embryonnaires. — L'origine des kystes thyro-hyoïdiens est dans les débris embryonnaires qu'on trouve dans la région.

Ces kystes sont de deux ordres, mucoïdes et dermoïdes.

Aussi les débris seront de deux natures différentes : ou ils sont dus au canal de Bochdalek ou au contraire à un enclavement épithélial au niveau de fentes branchiales.

La théorie qui fait du canal de Bochdalek le point de départ des kystes mucoïdes, est admise à l'unanimité.

Pour les kystes dermoïdes, l'accord n'est pas complet et cela parce que les auteurs ont méconnu l'inclusion des téguments.

Pierre Delbet croit que ces kystes sont produits par le canal de Bochdalek.

Il semble en effet possible que ce canal produise des kystes dermoïdes puisque certains auteurs acceptent que le pharynx est d'origine ectodermique ainsi que le canal qui participe de cette origine.

On pourrait répondre qu'il paraît étonnant que ce canal produise des kystes dermoïdes alors que le corps thyroïde n'en produit pas.

On pourrait ajouter que le pharynx a la structure et les réactions de l'endoderme. D'ailleurs les auteurs sont loin d'accepter que le pharynx ait une origine ectodermique.

Pierre Delbet qui a prévu toutes ces objections, invoque encore une métaplasie complète de l'épithélium du canal de Bochdalek.

Nous pensons qu'il est inutile de recourir à ce moyen suprême attendu que nous verrons l'embryologie nous expliquer l'enclavement tégumentaire.

Embryologie. — *Appareil branchial.* — Vers la fin de la deuxième semaine qui suit la fécondation, la région qui représente le cou chez un embryon humain est extrêmement courte. Sur une coupe frontale cette région apparaît constituée par la cavité du pharynx et par une paroi dans laquelle on retrouve les trois feuillets du blastoderme. Sur les côtés et antérieurement, cette paroi paraît très mince, comme si une couche à peine sensible de mésoderme séparait l'entoderme pharyngien de l'ectoderme du corps ; mais à ce moment, elle est lisse, unie aussi bien en dedans qu'en dehors.

Bientôt, au début de la troisième semaine on voit apparaître en arrière et de chaque côté, dans le pli qui correspond à l'angle d'inflexion du capuchon céphalique sur les rudiments de la colonne vertébrale, une série de points épais, au nombre de quatre,

situés l'un au dessous de l'autre, régulièrement espacés.

Dus à un épaissement du mésoderme, qui refoule en dedans l'entoderme, repousse en dehors l'ectoderme, tandis qu'au dessus et au dessous, ces deux feuillets sont presque accolés l'un à l'autre, ces points ne tardent pas à s'étendre, formant de véritables bandellettes s'avancant vers la ligne médiane antérieure. A ce moment on voit sur les côtés du cou quatre bourrelets saillants, les arcs branchiaux, régulièrement espacés et séparés les uns des autres par des dépressions : les sillons branchiaux.

A ces sillons branchiaux externes correspondent du côté interne des sillons beaucoup plus développés désignés par His sous le nom de poches branchiales. La membrane réduite à l'ectoderme et à l'entoderme accolés, qui est ainsi tendue entre les arcs branchiaux et qui sépare les sillons branchiaux des poches branchiales, a reçu le nom de membrane cloturale.

L'ensemble des arcs branchiaux a reçu le nom de *système branchial* ou *viscéral*.

Le premier arc, arc *maxillaire* ou *facial* prend naissance à la base du crâne, dans la région sphénoïdale et se divise en deux branches : la supérieure, courte, formera la partie externe du maxillaire supérieur, dont la partie moyenne est formée par le bourgeon frontal ; l'inférieure formera le maxillaire inférieur en se réunissant sur la ligne médiane à sa congénère du côté opposé.

Aux dépens du deuxième arc ou arc stylo-hyoïdien,

se développent l'étrier et son muscle, l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et la petite corne de l'os hyoïde.

Le troisième donne naissance au corps de l'os hyoïde à la grande corne et à l'épiglotte.

Le quatrième fournit le larynx, sauf l'épiglotte et toutes les parties molles du cou.

On croyait généralement autrefois, et quelques embryologistes pensent encore aujourd'hui que la membrane clôturale ne tarde pas à se résorber, de telle sorte que chaque arc serait séparé de ses voisins par une *fente* (fente branchiale), sur les bords de laquelle l'ectoderme se continuerait avec l'entoderme.

Les travaux de His et de plusieurs autres savants tendent à prouver que c'est là une erreur. Le feuillet moyen s'épaissit au niveau des arcs, s'amincit entre eux ou même disparaît, mais les deux plaques épithéliales adossées ne se résorbent pas. Dès lors *il n'y a pas de fente*, mais simplement des rainures, des sillons internes et externes.

De même d'après His, les quatre arcs branchiaux ne viennent pas se souder deux à deux en avant, sur la ligne médiane, ainsi qu'on l'admettait autrefois. Le premier seul se comporte ainsi ; les autres restent écartés par une masse mésodermique d'autant plus large qu'on s'éloigne davantage de la soudure maxillaire. Il y a donc là une membrane triangulaire pleine, à sommet antérieur correspondant à la symphyse maxillaire et à base postérieure, champ méso-branchial

de His, qui ne prend pas part à l'évolution branchiale.

C'est cette conception qui a permis à M. Pierre Delbet de rejeter la possibilité d'enclavement médian. Mais l'évolution ultérieure des arcs inférieurs va nous permettre de comprendre comment cet enclavement est non seulement possible, mais encore constant.

Les arcs branchiaux que nous venons de décrire, primitivement parallèles et régulièrement superposés, s'affaissent les uns sur les autres dans le cours du développement et tendent à rentrer les uns dans les autres comme les tubes d'une lorgnette (His). Il en résulte que les quatrième troisième et même deuxième sillons cutanés se confondent en une poche anfractueuse comprise entre la paroi du cou et celle du thorax, appelée *sinus præcervicalis*.

L'arc stylien prend alors un développement prépondérant ; il surplombe les arcs III et IV et transforme complètement le sinus præcervical primitif.

A ce stade, il existe au sinus præcervical un vestibule limité en haut par la saillie maxillaire, en bas par la saillie thoracique, et un arrière fond limité en haut par l'arc hyoïdien, en bas par la saillie thoracique ; le fond en est formé par les arcs III et IV (*fundus branchialis de His*).

L'arc maxillaire va se souder au thorax et ainsi vont se trouver enclavés *sur la ligne médiane* les arcs III et IV ; de telle sorte qu'il va exister tout un ensemble de débris formés par la face inférieure de l'arc

stylien, la face supérieure de la saillie thoracique et la face antérieure des arcs III et IV.

Une partie de ces débris va être entraînée dans le thorax et formera les kystes dermoïdes du médiastin. Une autre partie va rester dans la région sous-hyoïdienne ; c'est là l'origine des kystes qui nous occupent. Ces débris vont être profondément placés ; ils seront enclavés sous l'arc hyoïdien.

En raison de ce fait, on comprend que les kystes dermoïdes adhèrent à la face postérieure de l'os hyoïde,

Nous voyons donc que ce n'est pas là un enclavement tégumentaire des fentes branchiales, mais du *fundus branchialis*, arrière fond du *sinus præcervicalis*.

Le schéma de Cusset a propagé cette erreur ; on y voit la deuxième fente branchiale externe traverser la région thyro-hyoïdienne et on comprenait par cette théorie les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens.

Quand le schéma de Cusset a été démontré faux les kystes dermoïdes semblèrent ne plus se comprendre et dans le schéma paru dans la thèse de mon ami Veau, on ne voit pas passer de fente, et on ne s'explique pas au premier abord comment peut se faire un enclavement dans cette région.

Nous avons vu que c'étaient les troisième et quatrième arcs qui étaient inclus profondément.

Canal thyro-lingual. — L'ébauche thyroïdienne impaire provient d'une évagination de l'épithélium tapissant la paroi antérieure du pharynx sur la ligne mé-

diane à peu près au niveau du deuxième arc branchial.

Cette ébauche s'éloigne en s'élogeant, de son lieu d'origine. Elle descend peu à peu à travers ce qui doit être la membrane thyro-hyoïdienne, allant à la rencontre des ébauches paires postérieures venues de la quatrième poche branchiale. La partie médiane forme donc une sorte de conduit étendu du point où convergent les trois ébauches primitives du corps thyroïde à la pointe du V lingual, c'est là le canal thyro-lingual ou thyreoglosse des Français, le *ductus thyreoglossus* des Allemands, conduit épithélial fin par tant du foramen cœcum, traversant toute la base de la langue, passant au devant du larynx et se terminant en se bifurquant sur la partie médiane de la glande thyroïde.

D'après His, ce canal est absolument transitoire et ne persiste que jusqu'à la cinquième semaine environ de la vie intra-utérine. Pendant cette période, il est perméable sur toute son étendue, ne présente aucun diverticule, est tapissé intérieurement d'un épithélium cylindrique cilié.

Vers la fin de la cinquième semaine, d'importants changements se produisent dans le conduit épithélial que nous venons de décrire. Peu à peu il devient discontinu et se transforme en un tractus fibreux, le tractus thyreoglosse étendu du foramen cœcum à une très courte distance du lobe thyroïdien médian.

Ainsi donc le conduit épithélial parti de l'évagina-

tion pharyngienne moyenne, va former la pyramide de Lalouette. Il s'atrophie dans le reste de son étendue et il ne reste plus de lui que le tractus thyro-glosse, sorte de trousseau fibreux conjonctif privé de lumière qui se détache du lobe médian de la glande thyroïde pour aboutir, en passant sous le mylo-hyoïdien et entre les deux genio-hyoïdiens à la partie postérieure du V lingual. Dans la plupart des cas ce cordon fibreux lui-même disparaît sous un incessant envahissement de cellules adipeuses et il n'est plus possible de le retrouver. Mais nous avons vu là les cas où le développement était complètement normal et il ne reste plus alors chez l'adulte que le foramen cœcum et la pyramide de Lalouette.

Nous allons étudier maintenant les anomalies, assez fréquentes du reste, et qui consistent dans la persistance totale ou partielle de cet organe.

His et Streckeisen ont vu chez le fœtus et chez l'adulte un canal parfaitement net allant du foramen cœcum à la thyroïde médiane, canal qui pouvait être parcouru dans toute son étendue par une sonde très fine. De tels faits sont extrêmement rares.

Les cas de persistance partielle soit au dessus, soit au dessous de la *membrane* sont beaucoup plus fréquents.

Du fond de la paroi postérieure du foramen cœcum on voit assez souvent partir, se dirigeant en bas et en arrière, vers le ligament glosso-épiglottique médian un petit conduit dans lequel il est possible d'introduire un stylet très fin. C'est là le canal décrit par Mor-

gagni en 1742 et par Bochdalek en 1866, sous le nom de *ductus excretorius linguæ*. Ce qui existe sur un quart environ des cas examinés est connu en France sous le nom de canal de Bochdalek. His qui le désigne sous le nom de *ductus lingualis* dit l'avoir très fréquemment rencontré et lui assigne une longueur variant de un à deux centimètres et demi. Dans tous les cas observés par lui ce canal se terminait en cul de sac au voisinage de l'os hyoïde. Telle est également l'opinion de Kœlliker, Streckeisen, Bland-Sutton, Marschall, Chemin, etc., etc... Dans certaines de leurs observations, ces différents auteurs ont décrit un canal intra lingual fermé à ses deux extrémités et par conséquent ne se continuant pas avec le foramen cœcum.

Outre que la pyramide de Lalouette, vestige le plus constant du canal thyro-lingual, est parfois creuse, tous ceux qui se sont occupés de cette question et dont nous avons déjà cité les noms, ont assez souvent trouvé au dessous de l'os hyoïde, allant de cet os à la thyroïde médiane, un petit conduit analogue par son calibre, sa forme et sa structure à celui que nous venons de décrire. His qui le désigne sous le nom de *ductus thyroïdeus*, a montré que tantôt il se terminait au bord inférieur de l'os hyoïde auquel il adhérerait fortement, tantôt au contraire il se continuait avec un tractus fibreux qui s'appliquait contre la concavité de l'os, y contractait des adhérences, pouvait être suivi plus ou moins haut parfois même jusque dans la masse linguale.

L'opinion la plus généralement admise est qu'il n'existe aucune relation entre ces divers segments du canal thyro-lingual, au point de vue de leur persistance anormale ; en d'autres termes que la présence du canal de Bochdalek ne nécessite pas celle d'une pyramide bien développée ou d'un conduit thyroïdien. Des observations nombreuses démontrent surabondamment que l'un peut exister sans l'autre.

Lorsque le conduit thyroéglosse persiste dans sa totalité, sa structure est absolument identique à celle qu'il présente durant la vie embryonnaire. Sa lumière régulière en tous ses points, sans nulle anfractuosité est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Lorsque l'un quelconque de ses segments persiste seul, on voit en partir un certain nombre de diverticules dans lesquels se jettent de petits canalicules, analogues à des acini glandulaires mais pourvus d'un épithélium cylindrique cilié ; ces diverticules sont contenus dans l'épaisseur des tissus environnants et leur longueur peut atteindre quatre ou cinq millimètres.

Cette étude anatomique et histologique du canal thyro-lingual empruntée à la thèse de Martin (Bordeaux 1895) nous permet de comprendre la pathogénie des kystes mucoïdes.

Au point de vue purement anatomique, d'abord, ne trouvons-nous pas ces kystes au niveau des points mêmes où sont les persistances du canal ?

De plus ces pédicules qui en rendent la dissection si difficile sont justement situés à la place de l'ancien

canal disparu. Le pédicule supérieur remonte derrière l'os hyoïde qu'il contourne, dans la direction du trou borgne.

Le pédicule inférieur se dirige vers la pyramide de Lalouette avec laquelle il se continue quelquefois.

Enfin au point de vue histologique ne trouvons-nous point les kystes mucoïdes tapissés d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, épithélium semblable en tout point, à celui que His, Bochdalek, etc., ont décrit pour le canal thyro-lingual.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Les kystes thyro-hyoïdiens sont nettement d'origine congénitale, c'est-à-dire liés à une malformation fœtale. « L'expression de congénital, dit M. Lanne-longue, appliquée au mot kyste n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé. »

On observe en effet cette affection à tous les âges. Ils sont plus fréquents dans la jeunesse et l'adolescence. Mais un âge avancé ne saurait être considéré comme un argument contre, dans le diagnostic des tumeurs de la région; nous en avons en effet observé un cas chez une femme de 58 ans (Observation IV).

Le sexe n'a pas une grande influence; peut-être seraient-ils plus fréquents dans le sexe masculin (Roques).

Il est un fait certain, c'est que ces tumeurs ne s'observent pas davantage dans les pays où le goître sévit à l'état endémique; il semble que ces ébauches aberrantes de la vraie thyroïde aient une réaction pathologique différente de la glande principale.

Fréquence. — Ces tumeurs sont relativement rares,

Roques en rapporte trentre-trois observations; en additionnant ces cas avec ceux que nous avons observés ou qui ont été publiés depuis 1898 nous arrivons à quarante deux observations.

Tous les auteurs s'accordent à considérer les kystes dermoïdes comme plus fréquents que les kystes mucoïdes.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Un kyste thyro-hyoïdien est une tumeur fluctuante, médiane ou para-médiane mobile avec l'os hyoïde et absolument indolente.

Quand les malades s'en aperçoivent, elle a le volume d'un pois, d'une noisette. Elle est assez dure, plus ou moins rapprochée de l'os hyoïde, en général elle lui est accolée; il est assez rare qu'elle se développe au contact du bord supérieur du cartilage thyroïde. Qu'elle soit haute ou basse elle suit toujours les mouvements de la déglutition; c'est là un signe de grande importance car il ne manque jamais.

La peau est mobile sur la tumeur, la tumeur peu mobile sur les plans sous-jacents.

Il est exceptionnel que le malade vienne consulter quand la tumeur est de faible dimension. Il ne vient trouver le chirurgien que lorsqu'il constate que le néoplasme augmente de volume ou même quand il a atteint des proportions disgracieuses ou inquiétantes.

Alors la tumeur est visible à l'inspection ; elle forme au dessous de la saillie maxillaire un deuxième menton quelquefois proéminent, régulièrement arrondi, d'autres fois étalé, empiétant sur les régions adjacentes.

On reconnaît que la tumeur est fluctuante et généralement la sensation est des plus nette ; il est rare que la poche soit assez tendue pour que cette sensation soit transformée en rénitence. Plus souvent on est frappé de la mollesse de la tumeur ; tantôt on devine une poche mal remplie de liquide, tantôt on reconnaît la présence d'une masse pâteuse qui conserve l'empreinte du doigt.

La tumeur est toujours très facile à délimiter. Quand elle s'est étalée uniformément, elle forme un gâteau qui masque son point de départ ; mais d'autrefois elle se développe tout entière d'un côté et alors on peut sentir un pédicule qui la rattache à l'os hyoïde.

Les kystes thyro-hyoïdiens sont des tumeurs absolument indolentes ; alors qu'ils ont atteint un volume considérable, ils ne s'accompagnent souvent d'aucun trouble fonctionnel ; d'autrefois, par leur volume, ils créent une gêne respiratoire surtout après une fatigue (Roques).

Gironde a signalé aussi un peu de salivation ; Panas, une difficulté dans les mouvements du larynx. Pierre

Delbet, signale chez son malade une crampe douloureuse du cleido-hyoïdien.

Tous ces caractères sont communs aux kystes dermoïdes et aux kystes mucoïdes. Peut-être, pour les distinguer, pourra-t-on se baser sur la consistance plus pâteuse des kystes dermoïdes qui gardent quelquefois l'empreinte du doigt. Mais cette particularité est trop peu constante pour avoir une valeur et il vaudra mieux réserver ce côté du diagnostic.

CHAPITRE VI

MARCHE. PRONOSTIC

L'évolution des kystes thyro-hyoïdiens est en général lentement progressive. Ils ne rétrocedent jamais, mais leur marche est sujette à de bien grandes variations.

Tantôt ils évoluent lentement, progressivement, sans interruption dans leur marche, sans à coup dans leur progression ; tantôt après avoir augmenté pendant quelque temps, ils restent stationnaires avant de prendre un accroissement nouveau.

Mais c'est vers l'âge de la puberté que le plus souvent ils se mettent à grossir rapidement et peuvent

atteindre en quelques années, voire même en quelques mois le volume d'une noix, d'un œuf de poule.

L'accident le plus à craindre est l'inflammation du kyste fatalement suivie de l'ouverture de la tumeur et de l'écoulement de son contenu au dehors.

Pour que ces kystes s'enflamment, il n'est pas nécessaire qu'une solution de continuité faisant communiquer la poche avec l'extérieur, ait servi ainsi de porte d'entrée aux microbes de la suppuration mais en raison même de sa situation, la tumeur est constamment exposée aux frottements des vêtements, et les mouvements continuels dont elle est le siège, pendant la déglutition, provoquent des poussées inflammatoires et l'ouverture spontanée du kyste.

Lorsque le kyste est ouvert, *il n'a aucune tendance à la cicatrisation*; la couche épithéliale dont il est recouvert à cause même des sécrétions dont elle est le siège, s'oppose à la réunion des parois. Il se crée donc une fistule interminable.

Il arrive cependant que l'orifice de cette fistule s'oblitére et alors la cavité kystique se remplit de nouveau; une nouvelle tumeur se forme, qui elle aussi, finit par s'ouvrir sous l'influence d'une poussée inflammatoire.

On voit donc que le pronostic de cette affection est assez grave si elle n'est pas traitée dès le début.

La difformité apparente, la gêne fonctionnelle plus ou moins considérable, les suppurations interminables qui succèdent à l'inflammation de la tumeur, assombrissent le pronostic.

Quand la tumeur est petite, le malade ne souffre pas ; la déformation est purement esthétique, et on peut conserver toute la vie cette tumeur. Mais c'est un danger d'accidents graves et c'est une maladie qui ne guérit jamais spontanément.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Il est presque toujours facile de poser le diagnostic de kyste thyro-hyoïdien. La fréquence de l'affection en comparaison de toute autre tumeur doit apporter une probabilité de la plus grande importance.

Tous les autres néoplasmes ne sont que des curiosités pathologiques ou des localisations rares de tumeurs qui peuvent se rencontrer partout. Les kystes sont les tumeurs propres de la région.

Un lipome donne une sensation spéciale de mollesse qui peut rappeler celle du kyste dermoïde. Le diagnostic en devient très difficile si la tumeur est adhérente à l'os hyoïde, fait exceptionnel.

Un kyste sébacé est superficiel, adhérent à la peau ; il ne peut être confondu qu'avec un kyste enflammé prêt à s'ouvrir.

L'adénopathie tuberculeuse est presque inconnue dans la région, étant donné l'absence normale de ganglions à ce niveau ; mais il faut compter avec les anomalies d'un système des plus variables.

L'ostéité de l'os hyoïde est une rareté pathologique dont on ne fera pas le diagnostic.

Reste à déterminer la nature du kyste. Ce sera, le plus souvent impossible.

On peut avoir des signes de présomption, bien rarement des signes suffisants pour affirmer.

Un kyste dermoïde est quelquefois pâteux, il conserve l'empreinte du doigt ; il est irrégulier.

Le kyste mucoïde est au contraire régulièrement arrondi, souvent tendu, quelquefois rénitent.

Un hygroma de la bourse sous-hyoïdienne se reconnaîtra par la rapidité de son évolution, et la douleur dont il est le siège.

Cette affection dont l'existence a été souvent mise en doute est du reste extrêmement rare. Nous avons parlé du cas que nous croyons avoir observé.

Un kyste hydatique, un kyste séreux congénital du cou peuvent exister, isolés dans la région thyro-hyoïdienne. Ce sont des raretés dont nous ne connaissons pas encore d'observation. Le diagnostic n'en sera jamais fait.

Pratiquement on peut facilement faire le diagnostic de kyste thyro-hyoïdien. Il est très rare qu'on ait les éléments pour connaître la nature du kyste.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement des kystes thyro-hyoïdiens : c'est l'extirpation complète. L'incision simple est la plus mauvaise des interventions ; elle entraîne fatalement une fistule interminable que l'on est obligé d'extirper secondairement.

Cependant, en présence d'accidents aigus d'infection, on peut se contenter d'inciser la poche, mais il faut prévenir le malade que ce n'est là qu'un traitement palliatif. Quand l'infection sera atténuée il faudra intervenir de nouveau et à froid on enlèvera alors toute la poche.

L'extirpation, pour être utile doit être absolument complète. En général il est facile de disséquer le kyste en avant et sur les côtés. Profondément, la séparation est rendue difficile par l'adhérence à l'os hyoïde ; il faut raser avec soin sa face postérieure, poursuivre les prolongements qui remontent quelquefois au delà de son bord postéro-supérieur. Il est bien rare que cette recherche offre des difficultés très grandes.

Si un lambeau de la paroi était resté adhérent à l'os hyoïde il faudrait revenir à sa recherche. Si on ne

pouvait l'extirper au bistouri, il faudrait l'enlever à la curette.

Mais on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue d'extirper la totalité de la poche ; c'est la seule condition de succès. Quand les chirurgiens seront bien pénétrés de cette vérité, quand ils auront la patience de n'arrêter leur intervention qu'après l'ablation de la dernière parcelle, alors on verra disparaître ces fistules interminables que nos descriptions classiques montrent le plus souvent secondaires à une incision du kyste ou à une extirpation incomplète.

Malheureusement cette extirpation est quelquefois entourée de très grandes difficultés et les chirurgiens les plus habiles peuvent croire avoir enlevé la totalité du kyste et cependant la tumeur va récidiver.

Nous avons assisté à un de ces exemples remarquables où Ricard, après une dissection minutieuse, crut avoir enlevé la totalité de la poche et le kyste cependant récidiva ; le chirurgien doit donc avoir en vue l'extirpation totale de la poche ; mais il doit être prévenu que cette extirpation est très difficile.



OBSERVATIONS

I

KYSTES DERMOÏDES

OBSERVATION I.

(*Bordeaux médical*, 1^{re} année 1872, 25 août, n° 27, p. 211)

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien.

Un jeune homme de dix-huit ans portant une tumeur à la face antérieure du cou, s'est présenté à l'hôpital pour se soumettre à une opération. Il raconta que ses parents avaient vu cette tumeur six mois après sa naissance. Depuis ce moment, elle avait grossi lentement sans jamais amener de douleurs violentes.

Cette tumeur, arrondie, du volume d'une petite pomme, sans changement de couleur à la peau était molle, semi-fluctuante. Située exactement sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et les premiers anneaux de la trachée, elle était adhérente aux parties profondes et suivait les mouvements du larynx pendant l'acte de déglutition.

Une ponction, faite à l'aide d'un appareil aspirateur, donna issue à une matière blanchâtre analogue à celle contenue dans les loupes. L'extirpation fut décidée.

En disséquant de chaque côté, après avoir fait une incision verticale médiane, on vit que le kyste, recouvert par les

muscles thyro-hyoïdiens s'étendait jusque sur la membrane de ce nom. En ce point, l'opération devint plus délicate et les ciseaux durent être portés jusque sous l'os hyoïde, qu'on fut obligé de racler. Le kyste put être enlevé tout entier, sans avoir été ouvert, et l'opération en fut facilitée d'autant.

C'était un type de kyste dermoïde, avec une première enveloppe fibreuse et une paroi interne semblable à la peau présentant un grand nombre de poils soyeux et blanchâtres, les uns implantés directement sur la paroi, les autres libres dans la cavité remplie d'une matière grasse ressemblant à de la crème épaissie.

Le malade est sorti parfaitement guéri quinze jours après l'opération.

OBSERVATION II

(Heurteaux. — *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratique*, t. XIX, p. 753, à l'art. « Kystes », 1864.)

Jeune homme de dix-neuf ans auquel j'avais pratiqué la staphylorrhaphie, cinq années auparavant pour une division congénitale du voile du palais.

Ce jeune homme portait au cou, au niveau de la région thyro-hyoïdienne une tumeur molle sans adhérence à la peau ayant le volume d'une noix. La mère du jeune homme, interrogée au sujet de cette tumeur m'apprit qu'elle s'en était aperçue lorsque l'enfant avait un mois environ, mais qu'à ce moment la tumeur était à peine grosse comme une petite noisette.

Depuis cette époque la tumeur s'était accrue progressivement et en définitive elle constituait une difformité fort désagréable, de sorte que ce jeune homme demandait à en être

délivré, bien que cette production ne fût pour lui la source d'aucune gêne.

La consistance était molle et fluctuante, la peau mobile et de couleur naturelle ; mais quand on cherchait à faire mouvoir la tumeur sur les couches profondes, elle ne paraissait pas complètement libre et dans les mouvements de déglutition elle s'élevait en même temps que le larynx. La connaissance des deux faits publiés par Broca, me fit penser à la possibilité d'un kyste dermoïde d'autant plus que l'origine congénitale de la tumeur ne paraissait pas douteuse. Toutefois, après avoir tout préparé pour l'extirpation, dans le cas où le diagnostic serait confirmé, je fis dans la tumeur une ponction avec un trocart à hydrocèle, afin de reconnaître la nature du contenu ; il s'échappa par la canule un peu de matière granuleuse, semblable à celle qui remplit les kystes sébacés et dermoïdes.

L'extirpation fut donc pratiquée sur le champ à l'aide d'une incision verticale. La peau et l'aponévrose cervicale ayant été divisées, la tumeur se montra à nu : elle avait rejeté sur les côtés les muscles sterno-hyoïdiens et reposait sur la membrane thyro-hyoïdienne. A sa base elle adhérait par son pourtour à l'aponévrose d'enveloppe des muscles sterno-hyoïdiens et profondément elle était intimement confondue avec le périoste du corps de l'os hyoïde.

Après l'ablation, elle présente un peu plus de quatre centimètres de diamètre, malgré la réduction de volume survenue pendant l'opération. La paroi du kyste est mince ; le contenu très épais, blanchâtre, granuleux est composé surtout de cellules épidermiques, mais renferme aussi un peu de matière grasse et quelques poils.

L'opéré se rétablit parfaitement.

OBSERVATION III

(Panas. *Bull. Soc. de Chirurg.*, 3^e série, t. III, p. 235, 1874.)

Un garçon de 20 ans vient à la consultation pour se faire enlever une tumeur qu'il présente à la face antérieure du cou, et sur laquelle il donne les renseignements suivants :

Il affirme qu'elle ne s'est produite que depuis deux mois, et que jamais personne ne l'avait remarquée auparavant. Elle ne lui cause, du reste, aucune douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région.

C'est parce qu'il a remarqué qu'elle grossissait un peu dans ces derniers temps qu'il veut la faire enlever. La tumeur est à peu près du volume d'un œuf de pigeon, elle siège exactement sur la ligne médiane, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, et occupe précisément le point où se développent les kystes de cette membrane ; elle suit exactement les mouvements d'élévation du larynx dans les efforts de la déglutition et adhère par conséquent aux parties profondes. On remarque seulement cette particularité, que la base se circonscrit d'une façon assez nette avec les doigts, ce qu'on n'observait pas de la même manière dans les kystes thyro-hyoïdiens. La tumeur est indolente et non adhérente à la peau.

La ponction est faite d'abord avec un trocart, et, le liquide sortant avec peine, une petite incision est faite avec le bistouri. Il en sort un peu de liquide séreux, mélangé de matière sébacée, et bientôt après on extrait avec des pinces une certaine quantité de cheveux assez longs et de couleur blonde, ce qui contraste avec la couleur actuelle des cheveux du malade, qui sont châtain foncé. La membrane du kyste est

fort adhérente aux parties voisines, surtout à l'os hyoïde et l'on ne peut en enlever que quelques lambeaux avec les pinces.

L'incision est maintenue ouverte pendant quelque temps, puis se ferme au bout de quinze jours environ. Mais la tumeur se remplit de nouveau et l'on est obligé de rouvrir la plaie recouverte par une croûte, pour en faire sortir le liquide constitué par du sang altéré. On y fait alors une injection de teinture d'iode et malgré cela près de trois mois après, l'affection n'est pas guérie et la plaie menace de devenir fistuleuse.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Veau.

L..., âgée de 58 ans, entrée le 10 septembre 1900, salle Gosselin (hôpital Saint-Louis). Présente à la partie antérieure du cou une tumeur qui débute en février. Cette tumeur était alors du volume d'une noisette. Elle était régulière. Depuis elle a grossi peu à peu sans entraîner de troubles.

Actuellement la tumeur a le volume d'une noix, elle est arrondie, peu tendue, paraît fluctuante ou tout au moins rénitente. Elle est exactement médiane. Elle déborde en bas le bord supérieur du cartilage thyroïde ; en haut, elle atteint l'os hyoïde dont on ne peut la séparer. Latéralement, elle se perd au niveau de la saillie du bord postérieur du cartilage thyroïde. Elle suit très nettement le larynx pendant les mouvements de déglutition. Quelques veines sur la face antérieure de la tumeur.

Opération. — Le kyste est ouvert quand on veut le séparer

de l'os hyoïde. Il présente un prolongement supérieur qui s'insinue en arrière de l'os hyoïde. Ce prolongement adhère intimement à la face postérieure de l'os hyoïde et il ressort à un centimètre en arrière et au dessous.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, tumeur irrégulièrement bombée, ovoïde, grisâtre, molle, pâteuse. A la coupe, il s'écoule un liquide mellicérique jaunâtre ; la paroi est régulière, d'épaisseur très inégale et ne dépasse pas 2 à 3 millimètres.

Dans toute son étendue, elle est entourée d'une capsule.

Examen histologique (fait par notre ami M. Veau).

Deux caractères remarquables : d'une part, l'abondance des vaisseaux dans la paroi, d'autre part, la déhiscence presque complète du revêtement épithélial.

La paroi est formée par un stroma fibreux riche en noyaux, sans fibres élastiques ; les veines sont abondantes par places ; ailleurs on constate que les petits rameaux capillaires prédominent ; mais nulle part on ne trouve une déformation rappelant les vésicules thyroïdiennes. Le revêtement épithélial a disparu dans la presque totalité de la paroi ; cependant dans quelques endroits, on le reconnaît formé d'un épithélium granuleux stratifié.

Le stratum granulosum est peu net. Il n'y a pas de couche cornée. Dans d'autres endroits le revêtement épithélial est formé simplement par cinq ou six assises de cellules, dont les plus superficielles subissent une transformation cornée.

II

KYSTES MUCOÏDES

OBSERVATION V

(Tapret. *In* thèse Affre. *Des kystes thyro-hyoïdiens*. Paris 1875, n° 373. Résumée.)

Fille de 5 ans 1/2. Tumeur médiane thyro-hyoïdienne du volume d'une noisette, remarquée deux ans auparavant alors qu'elle avait la grosseur d'un petit pois ; elle n'adhère pas à la peau et ne suit pas les mouvements du larynx. Après des badiageonnages à la teinture d'iode, la tumeur semble augmenter de volume après les repas et quand on provoque une salivation abondante ; bientôt ouverture spontanée et fistule consécutive donnant issue à un liquide filant opalin. Un stylet pénètre vers la base de la langue, au niveau de l'épiglotte. Des cautérisations fréquentes à la teinture d'iode n'amènent aucune modification. Un bourgeon charnu saillant à l'extérieur et excisé présente au microscope un épithélium à cils vibratiles. Injections de chlorure de zinc ; cicatrisation du trajet fistuleux.

OBSERVATION VI

(Tillaux. Clinique *in Progrès médical*, 9 février 1885. Résumée.)

Jeune fille, 22 ans. Fistule médiane au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde consécutive à l'ouverture spontanée

d'un kyste apparu il y a quatre ans. Cette tumeur s'était enflammée et ouverte sous l'influence de cataplasmes. Depuis, elle se ferme de temps en temps, devient douloureuse, puis s'ouvre de nouveau. L'orifice fistuleux repose sur un petit tubercule induré d'où part un cordon assez dur, reconnaissable à la palpation et qui va se perdre derrière l'os hyoïde.

Dissection pendant qu'on maintient un stylet introduit dans le trajet, procédé indiqué par Nélaton.

Récidive. Nouvelle opération trois mois après la première. Guérison.

OBSERVATION VII

(Chavasse. *Kyste sous-hyoïdien*. Société de chirurgie,
20 février 1889.)

Homme de 28 ans portant un kyste sous-hyoïdien, du volume d'une grosse noix, débordant un peu la ligne médiane du côté droit.

Le 18 août 1885, M. Chavasse entreprend l'extirpation. La dissection montre que la tumeur était reliée à la face antérieure de l'os *hyoïde* par un *tractus fibreux*, large et solide, dont la section permit d'aborder la face profonde du kyste. Celui-ci était fixé en outre à la partie droite de la membrane thyro-hyoïdienne par un pédicule fort, très court, dont la section fut faite au ras de la membrane.

Guérison.

Le kyste renfermait de la matière athéromateuse, sans trace de poils et une faible quantité de liquide huileux coloré en rose.

Examen histologique par M. Poncet (de Cluny). — La paroi est formée d'une enveloppe fibreuse, tapissée à sa face interne d'une couche épithéliale. Les cellules immédiatement en rapport avec la paroi fibreuse présentent sur quelques points une forme cubique.

En se rapprochant de la cavité kystique, elles deviennent rapidement rondes, à gros noyaux uniformément colorés, sans trace de couche granuleuse ou d'éléidine. Tout à fait à la partie interne cet épithélium pavimenteux par places tombe en déchéance. Sur la plus grande partie de la poche le revêtement épithélial n'est pas aussi net, nulle part il n'y a ni éléments glandulaires, ni poils, ni papilles. Ce n'est donc pas une portion de peau enclavée, conclut M. Poncet.

OBSERVATION VIII

(A. Broca. *In* thèse de M^{lle} Sulicka. Paris, 1894.)

Fistule congénitale sous-hyoïdienne.

D... Jacques, âgé de 13 ans, entré le 24 octobre 1862 pour une fistule médiane du cou, s'ouvrant un peu au dessous de l'os hyoïde et ayant succédé à un kyste congénital. Opéré il y a un an et demi.

Le kyste s'était sensiblement manifesté et avait grossi dans les cinq ou six mois qui précédèrent cette opération.

Une fistule située un peu à gauche de la région médiane succéda à l'opération. Cette fistule présente un orifice cutané, bridé à sa partie supérieure par une sorte de valve qui le recouvre en totalité. Par cet orifice s'écoule tous les jours, à deux ou trois reprises, quelques gouttelettes de liquide mu-

queux: A-l'examen, on sent un cordon dur, long de 2 centimètres environ, dirigé à peu près verticalement en haut et en arrière, allant à la ligne médiane; ce cordon représente le trajet fistuleux et va se terminer au niveau de l'os hyoïde.

Opération le 28 octobre. Ablation du trajet fistuleux et de son orifice cutané sur la sonde cannelée; adhérence à la face postérieure de l'os hyoïde; pas d'orifice interne de la fistule. Suture de la plaie. Pansement à la gaze salolée, maintenue par du collodion. Huit jours après, on enlève les points de suture; pas de pus; la réunion est parfaite. On remet un pansement salolé avec collodion. Le malade sort le 8 novembre. Revu le 23 juin dans un état parfait.

Examen histologique fait par le docteur Achard. — Muqueuse à épithélium vibratile, cellules cylindriques longues et cellules caliciformes. Cavités multiples à revêtement muqueux, quelques-unes distendues, remplies incomplètement par une masse granuleuse; d'autres, irrégulières, sinueuses, anfractueuses, à parois accolées, envoyant des prolongements dans les tissus voisins. Ce sont sans doute des anfractuosités d'une même cavité. Les cavités muqueuses s'avancent jusqu'au bord du paquet extirpé.

OBSERVATION IX

Martin, thèse de Paris, 1895-1896, n° 84. (Résumée.)

Jeune fille, 19 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne constitution. Apparition de la tumeur un an auparavant; volume d'un pois au début; augmentation progressive; actuellement, grosseur d'une noix. La peau a conservé ses caractères normaux. La tumeur suit les mouvements du

larynx. Consistance molle, fluctuation peu nette. Indolence parfaite; pas de troubles fonctionnels. Extirpation. Tumeur blanc-jaunâtre, lisse, régulière; pédicule supérieur adhérent fortement à l'os hyoïde; continuité parfaite avec la pyramide de Lalouette. Contenu séro-sanguinolent avec granulations.

Examen histologique. — Kyste formé par une paroi fibro-conjonctive renfermant quelques fibres musculaires et de nombreux vaisseaux. Epithélium cylindrique, stratifié en certains endroits, simple en d'autres; cils vibratiles. Liquide contenant des hématies, des leucocytes et des cellules ciliées détachées de la paroi.

OBSERVATION X

(M. le professeur Tedenat, *in* thèse Martin. Paris 1895-1896).

Jean P..., 21 ans, porte au dessus de la pomme d'Adam une tumeur oblongue de 3 ou 4 centimètres dans le sens vertical, large d'un centimètre environ, située sur la ligne médiane. Cette tumeur a été ponctionnée deux fois (Janvier 1889, février 1871). On a retiré chaque fois une pleine seringue de Pravaz, d'un liquide jaune filant. M. Tedenat voit le malade le 3 juillet 1891. Tumeur dure sans fluctuation nette. Elle ne gêne en rien le malade et n'est que disgracieuse.

8 juillet. — Incision médiane de 3 centimètres; lèvres de l'incision écartées; la tumeur adhère à la membrane thyro-hyoïdienne, au bord inférieur de l'os hyoïde, à la dépression médiane du bord inférieur du cartilage thyroïde et au bord antérieur du même cartilage sur une longueur de 1 centimètre. Le tranchant, pour séparer la paroi kystique, travaille dans un

tissu fibreux pur. Quatre points de suture, sans drain. Réunion immédiate.

Examen microscopique. — Contrôlé par le professeur Kiener :

Paroi fibreuse, présentant dans ses plans profonds de nombreux éléments fusiformes et des leucocytes. La face interne est tapissée d'une couche régulière de *cellules cylindriques*. Sur quelques-unes existent des cils vibratiles très nets. Par place, les cellules cylindriques sont supportées par une assise d'épithélium cubique.

OBSERVATION XI

(P. Launay. Société anatomique, juillet 1897).

Sur un sujet femme âgé de 33 ans, et disséqué à l'amphithéâtre d'anatomie, j'ai trouvé un kyste sous-hyoïdien qui par ses caractères et ses connexions doit être rangé je pense parmi les kystes du canal thyro-lingual.

Avant toute dissection, le cou de ce sujet ne présentait rien d'anormal, aucune saillie. Après dissection de la région sous-hyoïdienne un kyste fut mis à découvert. Ce kyste était du volume d'un pois, bilobé, placé au dessous des deux plans musculo-aponévrotiques superficiel et moyen du cou, à droite de la ligne médiane sous le bord interne du muscle thyro-hyoïdien, contre la membrane de même nom. à laquelle il n'adhérait que très faiblement. Situé à deux ou trois millimètres au dessous de l'os hyoïde, la tumeur est appliquée à la face antérieure d'un tractus lamelleux et étalé, qui va, en haut, en s'élargissant, s'attacher à la lèvre postérieure du bord inférieur de l'os hyoïdien, se perdant là sans se continuer vers la langue.

En bas, cette lamelle vient se fusionner, devant le cartilage thyroïde avec l'extrémité supérieure d'une pyramide de Lalouette bien développée. Celle-ci, placée à droite de la ligne médiane, s'attache sur l'isthme du corps thyroïde, qu'elle semble continuer ; cet isthme est en quelque sorte séparé des deux lobes latéraux par deux sillons très nets, mais peu profonds et qui semblent diviser le corps thyroïde en ses trois portions primitives. Peut-être est-ce là une trace de ce mode de développement de la glande.

Le kyste était rosé et transparent, contenait un liquide clair et légèrement visqueux. L'examen histologique a été rendu impossible par le mauvais état de conservation du sujet.

Les connexions intimes de ce kyste avec la bandelette qui prolonge nettement la pyramide de Lalouette jusqu'à la face postérieure du corps de l'os hyoïde, son indépendance de la membrane hyo-thyroïdienne suffisent, je crois, malgré l'absence d'examen microscopique, pour affirmer sa nature congénitale et son développement aux dépens du tractus thyro lingual.

OBSERVATION XII

(In thèse de Roques, Montpellier, 1898).

M^{me} X..., vingt-deux ans, vient à l'hôpital Suburbain, le 15 mars 1898, dans le service de M. le professeur Forgue, pour être débarrassée d'une petite tumeur qu'elle porte à la partie antérieure du cou.

Cette tumeur siège à la partie médiane dans l'espace thyro-hyoïdien. Elle occupe une surface à peu près circulaire du diamètre d'une pièce de cinq centimes environ.

Légèrement convexe en avant, elle forme au devant du cou une partie assez apparente.

La peau qui la recouvre est normale ; on ne constate ni rougeur ni œdème.

Dans les mouvements de déglutition, la tumeur suit les déplacements du larynx.

A la palpation on sent une tumeur arrondie, rénitente ; en palpant soigneusement avec les deux index, on arrive à percevoir nettement de la fluctuation.

La peau est mobile sur la tumeur.

La malade a remarqué la tumeur pour la première fois, il y a quatre mois, et n'en a été nullement incommodée, tout d'abord.

Ce n'est que deux mois après cette constatation qu'elle a commencé à ressentir quelques troubles passagers du côté de la respiration ; elle éprouvait de temps en temps un peu de gêne respiratoire. Mais depuis quinze jours, les accidents ont revêtu une forme plus intense ; la malade est prise d'accès de suffocation, d'étouffement survenant toute la nuit ; ce qui l'a décidée à venir demander une opération.

Opération. — Incision verticale de 5 centimètres, dont la partie moyenne coïncide avec le diamètre vertical de la tumeur.

La peau et l'aponévrose ayant été divisées ; on arrive sur une tumeur kystique soulevant de chaque côté les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens et reposant sur la membrane thyro-hyoïdienne.

En disséquant de chaque côté, en arrière et en haut, on peut enlever le kyste qui présentait des adhérences avec la membrane thyro-hyoïdienne et un prolongement en cul-de-

sac allant prendre attache en haut, en arrière de l'os hyoïde.

Réunion immédiate.

Le kyste est constitué par une membrane blanchâtre, à tons bleutés, assez mince, contenant un liquide séro muqueux.

Examen histologique fait par M. le docteur Poujol. — Des coupes perpendiculaires à la surface interne du kyste montrent que la paroi a la structure suivante :

a) Une membrane fibreuse, assez riche en vaisseaux et parsemée d'amas de cellules lymphocytaires paraissant représenter une ébauche de tissu lymphoïde, pas de glandules ni de fibres lisses.

b) Un revêtement épithélial suivant les points considérés, tantôt pavimenteux stratifié à trois ou quatre couches, ailleurs s'aplatissant en une seule rangée de cellules cubiques devenant enfin en beaucoup de points un épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles. Le passage de l'une à l'autre variété se fait par transition.

Une semblable structure doit faire éliminer d'emblée l'hydropisie de la bourse séreuse de Boyer, ainsi que le rapprochement des kystes lymphangiomateux du cou ; l'hypothèse d'une dilatation glandulaire est à rejeter également ; le revêtement épithélial serait dans ce cas une seule couche de cellules cubiques et plus aplaties encore à l'exclusion de tout revêtement dermoïde ou cylindrique vibratile ; de plus, il n'existe pas de glandules dans la paroi kystique.

C'est donc à un kyste dermo mucoïde d'origine congénitale que nous avons affaire.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Jeune fille âgée de 17 ans vient consulter M. Ricard à l'hôpital Saint-Louis, le 1^{er} novembre 1900, pour une fistule de la région thyro-hyoïdienne; elle raconte que depuis son enfance elle portait une petite tumeur dans cette région.

A l'âge de 12 ans, M. Felizet intervint. A la suite de l'intervention elle eut un pansement pendant huit mois. Tout s'était enfin refermé, lorsqu'il y a deux ans une toute petite tumeur est apparue de nouveau qui s'est bientôt ouverte en laissant écouler un liquide filant. Depuis, l'orifice est toujours resté ouvert et c'est à cause de ces écoulements que la malade vient consulter Ricard.

Signes physiques. — La malade présente une cicatrice haute de trois centimètres, large de plus d'un centimètre. La peau a la coloration normale. Cette cicatrice dépasse l'os hyoïde en haut de deux centimètres en bas d'un centimètre. L'orifice fistuleux est situé au niveau de la partie supérieure de la cicatrice à quelques millimètres au dessus de l'os hyoïde.

La palpation attentive ne dénote aucune induration.

Pas de symptômes fonctionnels.

Opération le 15 novembre. — M. Ricard pratique l'extirpation du petit cordon allongé qui part de la fistule et aboutit à la face antérieure de l'os hyoïde; il dissèque assez facilement; l'os n'est pas à nu; l'extirpation semble totale, réunion par première intention.

Un mois après, récidive sous forme d'une tumeur molle, fluctuante, sans limites précises, siégeant dans la région de l'os hyoïde.

Le 14 décembre, la tumeur crève et laisse écouler un liquide filant.

Le 18 décembre, nouvelle opération pratiquée par M. Ricard.

Les recherches les plus minutieuses, la dissection la plus attentive ne permettent pas de découvrir une poche. Cependant la face inférieure du mylo-hyoïdien fut explorée, le muscle lui-même incisé et ces recherches profondes ne donnèrent rien.

Pas de récidue.

Examen histologique. — Des coupes faites perpendiculairement à la direction du cordon fibreux montrent que la couche externe est formée d'un stroma très vasculaire. Le centre du tractus est occupé par une muqueuse formée d'une double rangée de cellules. Les cellules profondes, petites, cubiques, sont très colorées, les cellules superficielles au contraire extrêmement hautes ont un noyau très coloré et un protoplasma peu visible. Du côté de la lumière les cellules présentent un plateau. On ne voit pas de cils vibratiles.

III

KYSTES THYRO-HYOÏDIENS PAR HYDROPIE DE LA BOURSE SÉREUSE DE BOYER

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne.

En 1897, dans le service de M. Reclus, un homme de

47 ans, se présenta avec une tumeur développée en huit jours, sous l'influence du froid, disait-il.

Le kyste était si tendu, qu'il était dur plutôt que rénitent. On ne pouvait pas en effet percevoir de fluctuation. Il n'était pas douloureux à la palpation et était mobile avec les mouvements de déglutition.

Malgré son volume qui était celui d'une grosse noix, il n'entraînait aucune gêne fonctionnelle.

M. Reclus se proposa d'extirper ce kyste.

Opération. — Incision de la peau et le kyste se crève immédiatement, évacuant un liquide séreux et incolore.

La loge du kyste remontait sous la face inférieure de l'os hyoïde qui était dénudé au niveau de sa concavité.

Malgré notre très grand désir, M. Reclus ne put extirper la moindre parcelle de poche pour en faire l'examen histologique.

La cavité fut fermée et le malade guérit très rapidement. Nous l'avons revu sept mois après et il n'y avait pas de récurrence.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes thyro-hyoïdiens sont des tumeurs relativement rares dont la pathogénie n'est pas encore universellement acceptée.

II. — Il y a deux grandes variétés de kystes thyro-hyoïdiens ; les dermoïdes et les mucoïdes.

Les dermoïdes reconnaissent pour cause l'enclavement tégumentaire du troisième et du quatrième arc branchial sous le second.

Les kystes mucoïdes sont des tumeurs développées dans les débris embryonnaires de l'ébauche médiane du corps thyroïde.

III. — A titre de curiosité il existe dans la région thyro-hyoïdienne des hygromas de la bourse ; nous en rapportons le premier exemple connu.

Il peut exister aussi des kystes hydatiques, des kystes séreux congénitaux.

IV. — Les kystes thyro-hyoïdiens sont remarquables par leur adhérence très fréquente au bord postérieur de l'os hyoïde.

V. — Ces kystes peuvent s'observer à tous les âges. Ils sont rarement très volumineux, d'une forme régu-

lière; ils suivent les mouvements de la déglutition.

VI. — Le diagnostic des kystes thyro-hyoïdiens est facile quand on pense à leur existence.

VII. — Le chirurgien doit être pénétré de la nécessité absolue de l'extirpation totale de ces kystes, c'est la seule façon d'éviter les fistules interminables consécutives aux interventions sur ces kystes.

Cette extirpation est quelquefois des plus difficile et on n'est pas absolument sûr de pouvoir la pratiquer.

Vu : par le Doyen,

BROUARDEL.

2076

Vu : par le Président,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Affre.* — Des kystes thyro-hyoïdiens. Thèse de Paris, 1875, n° 372.
- Armstrong.* — Persistance du conduit thyroéoglosse. *Am. of. surg.*, 1899, p. 719.
- Bard.* — *Lyon médical*, 1888.
- Bland Sulton.* — *The Lancet*, 1888, t. I, p. 308.
- Boyer.* — *Traité des maladies chirurgicales*, 4^e édition, t. VII, p. 31.
- Broca (P.).* — *Traité des tumeurs*, t. II, p. 79, notes 1 et 2, 1869.
- Broca (A.).* — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. V, 1891.
- Celse.* — *De re medica, libri octo. Lib. VII.*
- Chemin (A.).* — Contribution à l'étude des restes, chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane. Thèse de Bordeaux, 1895-1896.
- Claisse et Heresco.* — *Bull. de la Société anatomique. Paris*, 8 janvier 1897.
- Demons.* — *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1885.
- Denucé (M.).* — Kyste du canal de Bochdalek. *Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, avril 1894.
- Dubar.* — *Bulletin de la Soc. de chirurgie. Paris*, 22 juillet 1885.
- Dumoulin.* — Thèse de Paris, 1866, n° 256.

- Dupuytren.* — Gaz. des hôpitaux, t. IV, 26 juillet 1831, p. 101.
- Faucon.* — Bull. Soc. de chirurgie, 1874. 3^e série, t. III, p. 245.
- Fauvel.* — Des kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoidien. Thèse de Paris, 1887.
- Geoffroy Saint-Hilaire (Is.).* Hist. gén. et partic. des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux. Paris, 1832-1837.
- His.* Anat. Mensch. Embryon, 1885, p. 97-102.
- Hertwig.* — Traité d'embryologie. (Trad. Julin. 1891).
- Heurteaux.* — Art. Kystes du nouveau Dict. de M. et de Chir. pratiques, 1874.
- Johnson, Raymond et d'Arcy.* — Hygroma kystique du cou. Brit. med. f., 1899, 11 février, p. 342.
- Lannelongue et Achard.* — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.
- Lannelongue et Menard.* — Affections congénitales. Paris, 1891.
- Laugier.* — Tumeur du cou, in Dict. en 30 vol. t. IX, 1836.
- Lebert.* — Soc. de biologie, 1852, p. 303 et Traité d'anat. pathol., t. I, p. 256
- Lenoble et Civel.* — Kyste dermoïde congénital du cou par inclusion fœtale probable. Soc. anat., 1899, janv, 3^e série, t. I, p. 92.
- Marchesseaux et Fleury.* — Arch. gén. de méd., 1835.
- Martin.* — Des kystes du canal thyro-lingual. Thèse de Paris, 1855-1896, n° 84.
- Mascarel Gontran.* — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. H. P., 1899.

- Masse* (de Bordeaux). — Mémoire lu au Congrès de chirurgie, 9 août 1885.
- Meckel* (J.-F.). — Mémoire sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps. Journal compl. du Dict. des sciences méd., t. IV. 1819.
- Nélaton*. — Elém. de path. chir. 1854. t. III, p. 384.
- Neisse* (R.) — De l'inclusion du tissu parotodien dans les noyaux lymphatiques. Anat. Hefte, 1878. Hefte 32.
- Neumann*. — Arch. für klin. chir. 1877, p. 825.
- Pénaire*. — Kyste épidermique à contenu sébacé. Soc. anat. juillet 1895.
- Picqué*. — Volumineux k. thyro-hyoïdien. Soc. chir. 99. 14 juin, p. 633.
- Poncet*. — Des kystes dermoïdes acquis. Bull. de la Soc. de chir. 1886. p. 460.
- Quesne*. — Des arcs bronchiaux chez l'homme. Th. d'agrég. 1886.
- Roques*. — Contribution à l'étude des k. congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien.
- Scudder*. — Kyste de la bourse thyro-hyoïdienne. Méd. Progress. 1898, sept. Méd. chron. 1875. fév. n° 5.
- Streckeisen*. — Arch. für. Path. An. und. Phys. C. III. Heft. I. p. 131 et Heft. II p. 225. 1888.
- Tillaux*. — Anat. topogr. Paris 1897.
- Védova*. — De la présence constante de parcelles de glandes thyroïdes dans les fistules congénitales médianes du cou. XIX^e Congr. soc. ital. chir. Rome, 1899, 28-31 octobre.
- Verchère* et *Denucé*. — Bull. de la Soc. anat., 1888, p. 467.

Verneuil. — Arch. gén. de méd., 1885, 2^e série, t. VI,
p. 302.

Verneuil et Clado. — De la présence de microbes dans les
kystes dermoïdes. France méd., 1883, p. 1817.

